

9. Румянцев В.А., Жигулина В.В. Матриксные металлопротеиназы, их роль в развитии пародонтита // *Акту. пробл. гуманитарных и естественных наук.* – 2014. – №8. – С. 321-327.
10. Суханова Г.А., Ханова Г.А. // *Бюл. Сибирской мед.* – 2015. – Т. 14, №3.
11. Цимбалистов А.В., Платова Т.С. (Мартьянова), Ящук Е.В. Морфофункциональная характеристика тканей полости рта больных хроническим гломерулонефритом // *Институт стоматологии.* – 2008. – №3.
12. Ярмолинская М.И., Молотков А.С., Денисова В.М. Матриксные металлопротеиназы и ингибиторы: классификация, механизм действие // *Журн. акуш. и жен. бол.* – 2012. – Т. 61, №1. – С. 113-125.
13. Bastos J.A., Diniz C.G., Bastos M.G. et al. Identification of periodontal pathogens and severity of periodontitis in patients with and without chronic kidney disease // *Arch. Oral Biol.* – 2011. – Vol. 56, №8. – P. 804-811.
14. Castillo A., Mesa F., Liébana J. et al. Periodontal and oral microbiological status of an adult population undergoing haemodialysis: a cross-sectional study // *Oral Dis.* – 2007. – Vol. 13, №2. – P. 198-205.
15. Dirschnabel A.J., Martins Ade S., Dantas S.A. et al. Clinical oral findings in dialysis and kidney-transplant patients // *Quintessence Int.* – 2011. – Vol. 42, №2. – P. 127-133.
16. Ehlers V., Willershausen I., Kraft J. et al. Gingival crevicular fluid MMP-8 concentration in patients after acute myocardial infarction // *Head Face Med.* – 2011. – Vol. 7. – P. 1-6.
17. Gürkan A., Köse T., Atilla G. Oral health status and oral hygiene habits of an adult Turkish population on dialysis // *Oral Health Prev. Dent.* – 2008. – Vol. 6, №1. – P. 37-43.
18. Ioannidou E., Shaqman M., Burselon J., Dongari-Bagtzoglou A. Periodontitis case definition affects the association with renal function in kidney transplant recipients // *Oral Dis.* – 2010. – Vol. 16, №7. – P. 636-642.
19. Xu L., Yu Z., Lee H.M. et al. Characteristics of collagenase-2 from gingival crevicular fluid and peri-implant sulcular fluid in periodontitis and peri-implantitis patients: pilot study // *Acta Odontol. Scand.* – 2008. – Vol. 66. – P. 219-224.

Резюме

Доказано существование определенной взаимосвязи между патологическими изменениями в полости рта и наличием хронической соматической патологии, в частности хронической болезни почек. Высокий уровень матриксной металлопротеиназы-1 был найден в гингивальной жидкости и ткани десны при пародонтите и в крови и тканях пациентов с ХПН на последних стадиях. При хроническом пародонтите уровень MMP1 в десневой жидкости выше, чем у здоровых лиц. Более детальное изучение уровня металлопротеиназ в десневой жидкости у больных с поражением почек позволит глубже понять патогенез воспалительных и деструктивных процессов пародонта при ХБП, а также выявить возможное влияние воспалительного процесса в пародонте на функционирование мочевыводящих путей и течение хронической болезни почек.

Summary

The existence of a definite relationship between pathological changes in the oral cavity and the presence of chronic somatic pathology, in particular chronic kidney disease, is proved. A high level of matrix metalloproteinase-1 was found in gingival fluid and gum tissue in periodontitis and in the blood and tissues of patients with chronic renal failure at the late stages. With chronic periodontitis, the level of MMP1 in the gingival fluid (GF) is higher than in healthy individuals. A more detailed study of the state of metalloproteinases in the gingival fluid in patients with kidney damage may allow us to discover new aspects of the pathogenesis of inflammatory and destructive periodontal processes in CKD, and to identify possible The effect of inflammation in the periodontium on the functioning of the urinary tract and the course of chronic kidney disease.

УДК: 616.31-07:616.61-002.2

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК



Мусаева К.А.

Ташкентский
государственный
стоматологический институт

В последнее время при лечении заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов, страдающих различными заболеваниями внутренних органов, возникают неизбежные трудности. Важным является не только обеспечение эффективности проводимой терапии в связи с наличием соматической патологии, но и профилактика осложнений, обусловленных хроническими очагами хронического сепсиса. Эффективная санация полости рта больных с хроническими болезнями почек, отсутствие у них хронических одонтогенных очагов повышает эффективность лечения соматической патологии, а также положительно влияет на качество жизни (Барер Г.М. и др., 1989; Алимский А.В., 2000; Арьева Г.Т., Арьев А.Л., 2011; Алиханов Б.Г. и др., 2015; Комаров Ф.И. и др., 2015; Fisher M.A., Taylor G.W., 2008; Craig R.G., Kotanko P., 2009; Fang F., Wu B., 2015).

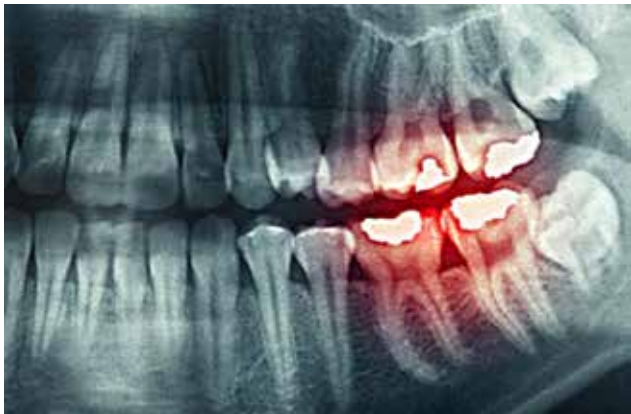
Следует отметить, что в настоящее время стоматологи уже не считают всякий депульпированный зуб обязательным очагом хронической ротовой инфекции (Иорданишвили А.К., 2007). Однако при подозрении на опасность развития ротового хронического сепсиса со стороны таких зубов и наличии сопутствующих заболеваний внутренних органов и систем организма эти зубы рассматриваются как потенциальные источники хронической очаговой инфекции и интоксикации и должны быть подвергнуты радикальной санации (Иванова Г.Г., 2004; Seymour G.J., 2001; Seppanen L., 2010; Craig R.G., 2014).

Таким образом, можно заключить, что у пациентов, страдающих хронической болезнью почек, важно своевременное выявление и радикальное устранение хронических очагов одонтогенной инфекции, как периапикальных, так и пародонтальных, что и составило одну из задач нашего исследования.

В работе А.В. Цимбалистова, Е.В. Ящук, Т.С. Мартьяновой (2009), а также в диссертационном исследовании Е.В. Ящук (2009) описаны изменения структуры и состава твердых тканей при терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Показано, что эмаль зубов имеет ми-

кротрещины при увеличении содержания макроэлементов (Ca, P, Na, S, K) и уменьшении Ca/P и (Ca+Mg+Na)/P коэффициентов. Дентинные каналцы зубов у таких больных в большинстве случаев облитерированы. В основной ткани зуба происходит увеличение количества макроэлементов, в том числе Ca, P, Na, S, K, без изменения Ca/P и (Ca+Mg+Na)/P соотношений. Авторы полагают, что интенсивность кариозного процесса определяется повышением Ca в эмали и Na в дентине, а увеличение частоты встречаемости некариозных поражений связано с повышением в дентине Mg и Cl. В то же время следует отметить, что данные исследования проводились без учета возраста пациентов, в то время как известно, что структура и состав твердых тканей зубов у взрослых людей разных возрастных групп различаются (Пихур О.Л., 2015). При увеличении площади поражения твердых тканей зубов происходит выход кальция и фосфора, а деминерализация при кариесе снижается по направлению к эмалево-дентинной границе и обычно развивается в следующей последовательности: светло-коричневое, коричневое, черное кариозное пятно.

При кариесе зуба в стадии коричневого пятна по сравнению со здоровой эмалью определяется уплотнение кристаллической решетки, особенно в наружном слое. Механизмом этого уплотнения является активная деминерализация за счет солей минералов, поступающих из слюны. Выявлен факт того, что микротвердость кариозной эмали уменьшается по сравнению с интактной на 30-40%, что рассматривают как интенсивный процесс деминерализации эмали при кариесе (Патрикеев В.К., 1968; Леус П.А., 1976).



Врачи-стоматологи уделяют большое внимание изучению вопросов, связанных с организацией и особенностями оказания стоматологической помощи лицам, страдающим различными заболеваниями внутренних органов (Горбачева И.А., 2004; Балабанов А.С., 2012). Особенно это относится к людям старших возрастных групп, страдающим фоновой патологией (Горбачева И.А., 2004), так как наличие у них 3-5 заболеваний внутренних органов и более, безусловно, должно накладывать определенный отпечаток на планируемый алгоритм диагностики и схему комплексного лечения стоматологических заболеваний (Bastos J.A., 2011).

Учитывая, что 100% таких пациентов страдают хроническим генерализованным пародонтитом, основные вопросы

организации и оказания стоматологической помощи сводятся именно к совершенствованию лечения этого заболевания (Grossi S.G., 1998; Mealey B.L., 2008).

Исследованию состояния органов и тканей полости рта у лиц, страдающих различной патологией почек, посвящено много публикаций (Мартьянова Т.С., Ящук Е.В., 2009). В этих работах приводятся основные сведения о состоянии зубов и пародонта у лиц, страдающих хроническим гломеруло-нефритом (ХГ) и терминальной стадией ХПН при перитонеальном диализе или гемодиализе (Мартьянова Т.С., 2009). Интересно отметить, что Т.С. Мартьяновой (2009) у 33,8% больных с хроническим гломеруло-нефритом была диагностирована дистрофическая форма болезни пародонта – пародонтоз.

При этом среди воспалительной патологии пародонта тяжелая степень пародонтита выявлялась редко: при мембранозно-пролиферативном ХГ – в 2,9% случаев, а при мезангио-пролиферативном ХГ – в 11,8%. В то же время подчёркивается отсутствие пародонтоза у лиц, страдающих ХПН до Ib стадии (Мартьянова Т.С., 2009), а также неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта у лиц с болезнями почек (Цимбалистов А.В., 2007; 2008). Так, неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта Е.В. Ящук (2009) отмечает у пациентов с терминальной стадией ХПН, так как индекс Грина – Вермилиона у них составляет 4,07 балла.

Т.С. Мартьяновой (2009) был разработан алгоритм стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у лиц, страдающих ХПН, с учетом ее стадии. Данный алгоритм предусматривает (на фоне лечения основного заболевания) при 0 стадии ХПН «полную санацию полости рта до начала патогенетической терапии, стандартную схему в соответствии со степенью тяжести пародонтита, профессиональную гигиену полости рта, а также проведение инвазивных вмешательств в условиях стационара краткосрочного пребывания под контролем нефролога». При Ib и IIa стадиях ХПН автор рекомендует «стандартную схему в соответствии со степенью тяжести пародонтита при стабилизации основного заболевания, профессиональную гигиену, а также проведение инвазивных вмешательств в условиях стационара краткосрочного пребывания под контролем нефролога».

При IIб и IIIa стадиях ХПН автор считает необходимым осуществление «полной санации полости рта до начала лечения, проведение инвазивных вмешательств в условиях стационара краткосрочного пребывания под контролем нефролога, профессиональную гигиену полости рта, лечение некариозных поражений и гиперестезии. Десенситайзеры, глубокое фторирование. Физиотерапевтические методы лечения: лазеротерапия, дарсонвализация, электрофорез, массаж». Автор также указывает, что коморбидный статус пациента может изменять объем стоматологических вмешательств. При этом стоматологическую помощь автор рекомендует ограничивать проведением гигиенических мероприятий, а также использованием местных антисептических средств, оптимизирующих питание тканей, которые выпускаются в виде пленок и гелей (Мартьянова Т.С., 2009).

В то же время автор подчеркивает, что при проведении стоматологического лечения у пациентов с ХГ надо принимать во внимание несоответствие клинической симптоматики и тяжести морфологических изменений пародонта, так как, несмотря на наличие мнимого клинического благополучия, таким пациентам необходимо углубленная диагностика и комплексный подход к санации периапикальных и пародонтальных очагов. Т.С. Мартыанова рекомендует «полную» санацию полости рта обязательно осуществлять на ранних стадиях развития ХГ, то есть до проведения патогенетической терапии, а также перед началом диализного лечения, а по мере прогрессирования ХГ проводить лечение пародонтоза с использованием местных средств и физиотерапевтических методов, действие которых направлено на улучшение микроциркуляции тканей пародонта, а также для уменьшения признаков гиперчувствительности применять десенсетайзеры.

В исследованиях подчеркивается, что главной целью стоматологического лечения при болезнях почек является санация очагов хронической инфекции ротовой полости (Барер Г.М., 1989; Безруков В.М., 2000; Цимбалитов А.В., 2008; Мартыанова Т.С., 2009; Kaysen G.A., 2004). Авторы отмечают, что при прогрессировании ХГ увеличивается роль нефролога при определении стоматологической помощи и мероприятий, направленных на контроль постоянства внутренней среды организма больного. Возможность и объем хирургических и терапевтических вмешательств должен определять нефролог, исходя из общего состояния больного (Мартыанова Т.С., 2009; Amore A., Coppo R.S., 2002; Lim W.H., 2007; Stringer A., 2013).

Объем стоматологической помощи должен определять врач-стоматолог с учетом общего состояния пациента, о котором должен судить нефролог, а сама стоматологическая помощь должна всегда выполняться качественно.

В литературе приводятся рекомендации по особенностям организации и оказания стоматологической помощи лицам, страдающим терминальной стадией ХПН. Так, стоматологическое лечение таким пациентам рекомендуется проводить не ранее четырех месяцев от начала лечения гемодиализом, в связи с тем, что в этот период состояние больных чаще нестабильно. При этом осмотр полости рта стараются проводить не чаще 1-2 раз в 6 месяцев (Ящук Е.В., 2007, 2008, 2009).

Подводя итог рассмотрения вопроса об особенностях организации и оказания стоматологической помощи пациентам, страдающим ХБП, следует отметить, что в этом направлении врачами-стоматологами сделано много. В то же время наши исследования не выявили высокой частоты встречаемости дистрофической формы болезней пародонта – пародонтоза у лиц, страдающих ХБП. Также считаем целесообразным уточнить частоту применения профессиональной гигиены полости рта у лиц, страдающих наиболее тяжелой патологией почек – ХПН, оценить эффективность проводимой им стоматологической помощи, и в частности эндодонтического лечения патологии пульпы и периодонта, так как из-за сопутствующей патологии у них существенно изменен иммунологический статус и резистентность организма.

Литература

1. Авдеева М.В., Войтенков В.Б., Самойлова И.Г. Специфика верификации факторов риска и организационные аспекты первичной профилактики с учетом возрастного фактора // Успехи геронтол. – 2013. – Т. 26, №3. – С. 481-486.
2. Алиханов Б.Г., Салманов И.Б., Сериков А.А. Хроническая очаговая инфекция и современная медицина // Донзолог. – 2015.
3. Гордиенко А.В., Соловьев М.В., Кузнецова Л.К. Лекарственные поражения почек. – СПб, 2008. – 24 с.
4. Иванова Г.Г., Леонтьев В.К. Разработка и изучение сферы применения способов диагностики поражений твердых тканей зубов с законченной минерализацией эмали // Институт стоматологии. – 2014. – №4 (65). – С. 86-87.
5. Иорданишвили А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата. – СПб: Человек, 2015. – 140 с.
6. Иорданишвили А.К. Хроническая стоматогенная инфекция интоксикация организмов. Методы устранения периапикальных и пародонтальных воспалительных процессов // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. – СПб: Спец. лит-ра, 2007. – С. 147-156.
7. Мартыанова Т.С. Состояние пародонта у больных хроническим гломерулонефритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб: СПбМАПО, 2009. – 19 с.
8. Платова Т.С., Ящук Е.В. Особенности микроциркуляции пародонта у больных с почечной патологией // Стоматология – вчера, сегодня, завтра: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Харьков, 2007. – С. 76-77.
9. Akar H., Akar G.C., Carrero J.J. et al. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients // Clin. J. Amer. Soc. Nephrol. – 2011. – №6 (1). – P. 218-226.
10. Ariyamuthu V., Nolph K., Ringdahl B. Periodontal Disease in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease Patients: A Review // Cardiorenal. Med. – 2013. – №3. – P. 71-78.
11. Grubbs V., Plantinga L.C., Crews D.C. et al. Vulnerable populations and the association between periodontal and chronic kidney disease // Clin. J. Amer. Soc. Nephrol. – 2011. – №6. – P. 711-717.
12. Haider R.S., Tanwir F., Momin A. Oral aspects of chronic renal failure // Pak. Oral. Dent. J. – 2013. – №1. – P. 87-90.

Резюме

Обзор литературы посвящен проблемам и особенностям клинических проявлений стоматологических заболеваний у пациентов с хронической почечной недостаточностью. В статье приведены данные исследований различных авторов о состоянии тканей полости рта и особенностях стоматологического лечения у пациентов с хронической почечной недостаточностью.

Summary

Literature review is devoted to the problems and features of treatment of dental lesions in chronic kidney diseases. This paper contains the data of different authors on the research of status of oral cavity in patients with chronic renal failure.